

# ACUERDO DEL PARTICIPANTE WEST VIRGINIA WIC



Nombre de Participante WIC \_\_\_\_\_

ID de familia \_\_\_\_\_

## 1. ¿QUÉ ESPERA WIC DE MÍ?

### COMPRAR ALIMENTOS AUTORIZADOS POR WIC:

Solo comprare alimentos mencionados en mi lista de compras WIC con mi tarjeta eWIC. Utilizaré estos alimentos únicamente para la persona en el programa.

### USO CORRECTO DE LOS BENEFICIOS WIC:

Seguiré el Programa WIC y las reglas de compra al utilizar mis beneficios WIC. No venderé, canjearé, regalaré o intercambiaré los beneficios WIC, los alimentos o la fórmula comprados con beneficios WIC.

**Conservaré todos los recibos de compra privada de alimentos o fórmula idénticos a aquellos emitidos por WIC.** Estos recibos serán la documentación que proporcionaré al Programa WIC, en caso de que se me solicite, para comprobar que no estoy vendiendo, canjear, regalando o intercambiando alimentos o fórmula proporcionados por el Programa WIC.

**No intercambiaré la fórmula en la tienda. Devolveré toda fórmula o alimento para bebé no utilizado a la Clínica WIC.** Usaré mis beneficios WIC con cuidado. En caso de robo o pérdida, notificaré a mi Clínica WIC local inmediatamente. Comprendo que no recibiré un reemplazo de los beneficios en caso de su pérdida o robo.

### IR A UNA CLÍNICA WIC A LA VEZ:

Obtendré beneficios únicamente de una clínica a la vez. Si cambio de residencia fuera del estado, puedo solicitar una transferencia.

### ASISTIRÉ A MIS CITAS WIC:

Asistiré a todas mis citas o llamaré con antelación en caso de que no pueda asistir.

### CORTESÍA COMÚN:

Trataré al personal de WIC y de la tienda de abarrotes con cortesía y respeto. Comprendo que en caso de que, quien cuida de mi o cualquier persona que compre beneficios a mi nombre abuse verbalmente, acose, amenace o dañe físicamente a un miembro del personal de WIC o de la tienda de abarrotes, mi familia puede perder los beneficios WIC.

## 2. ¿QUÉ PUEDO ESPERAR DE WIC?

### ALIMENTOS WIC:

Si cumplo los requisitos para recibir WIC, obtendré beneficios WIC para comprar alimentos saludables en la tienda de abarrotes. Comprendo que WIC es un programa suplementario y no otorga todas los alimentos o fórmulas necesarias para un mes.

### INFORMACIÓN SOBRE NUTRICIÓN Y LACTANCIA MATERNA

WIC me dará consejos para una alimentación sana y estilo de vida activo. WIC me apoyará en la lactancia materna.

### INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA MÉDICA:

WIC me ayudará a encontrar un doctor y me remitirá a otros servicios cuando sea necesario.

### TRATO JUSTO:

El personal de WIC me tratará con cortesía y respeto.

Tengo el derecho de pedir una audiencia justa en caso de no estar de acuerdo con una decisión sobre mi elegibilidad para WIC. Comprendo que debo solicitar la audiencia por escrito o al llamar a mi Clínica WIC local u oficina estatal WIC, dentro de los 60 días siguientes a la fecha de recepción de la carta sobre mi elegibilidad para WIC.

En caso de cualquier comentario sobre mi Clínica WIC local, puedo comunicarme con el Programa Estatal WIC. La dirección es 350 Capitol Street, Room 519, Charleston, WV 25301. El número de teléfono es (304) 558-0030.

## 3. AL FIRMAR EL PRESENTE FORMULARIO, TAMBIÉN COMPRENDO Y ACEPTO:

- Que toda la información proporcionada a WIC es verdadera. El personal de WIC podrá revisar periódicamente cualquier parte de esta información.
- Si rompo las reglas o hago declaraciones falsas, engaño u oculto intencionalmente información sobre mi elegibilidad para el Programa WIC, comprendo que:
  - Yo, o mi hijo, podemos ser expulsados de WIC; y que tendré que pagar al Programa WIC el monto gastado en alimento, fórmula, o extractores de leche materna, que no debí de haber recibido o que vendí o canjé.
- Reportaré inmediatamente todo cambio en mi dirección, número de teléfono, ingreso, número de integrantes de mi familia, elegibilidad para Medicaid, o si ya no estoy amamantando.
- Autorizo al personal del WIC para medir la altura y peso de mi hijo y de extraer una pequeña cantidad de sangre para revisar el nivel de hierro en mi hijo o en mi persona. Comprendo que esta información es necesaria para determinar mi elegibilidad WIC.
- El Programa WV WIC recolecta de manera voluntaria los números de seguridad social para fines de identificación. Esto, de conformidad con la Ley de Reforma Fiscal de 1976 (Tax Reform Act of 1976).
- WIC mantendrá mi información o la de mi(s) hijo(s) de manera confidencial y la compartirá únicamente conforme sea necesario para determinar mi elegibilidad y como referencia para otros servicios
- El personal de WIC puede compartir mi información con mi proveedor de servicios de salud, otra Clínica WIC, o programas de salud, educación o servicio social.
- Mi información también puede ser utilizada para llevar a cabo evaluaciones de calidad en el Programa WIC.
- Se me ha asesorado y comprendo mis derechos y responsabilidades.

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de personal WIC \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.